

# Síndrome del diente fisurado. Reporte de un caso

Weisburd María Eugenia; Gimenez Javier; Gutierrez Eugenia; Tomaghelli Emanuel; Perdomo Ivana

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología. Servicio de Práctcas Odontológicas Integradas.

Categoría: Casos Clínicos

## Resumen

**Introducción:** Las fisuras dentarias no son raras; la literatura reporta una incidencia de entre un 34 % y un 74 % con un gran aumento en los últimos años relacionado con los altos niveles de stress de la población. Líneas de fisura, cracks superficiales son relativamente comunes en los dientes, sin embargo ellas pueden evolucionar en el síndrome del diente fisurado el cual es de muy difícil diagnóstico, ya que sus signos y síntomas son variables e inespecíficos lo que conlleva la siguiente frustración tanto para el odontólogo como para el paciente. Se presenta el relato de un caso clínico haciendo énfasis en los criterios que debemos tener en cuenta para tomar una decisión terapéutica. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 40 años de edad sin antecedentes médicos de importancia, con historia de bruxismo. Se presenta a la consulta con dolor a la masticación en la pieza dentaria 4.6. Dicha pieza presenta una resina compuesta de clase I sin filtración. En una primera instancia se procedió a realizar un desgaste selectivo. Con el correr de los días el dolor fue en aumento haciéndose irradiado hacia la zona posterior del maxilar inferior, respondiendo exacerbadamente a los test de sensibilidad pulpar, por lo que se procedió a realizar la apertura cameral ya que todos los signos eran compatibles con una pulpitis cerrada. Al realizar la apertura se observa a simple vista una fisura en dirección disto mesial que llegaba hasta el conducto distal. Sin obtener una mejoría en los síntomas pese a haber realizado la extirpación pulpar se le indica al paciente la realización de una tomografía de haz cónico para reunir más datos diagnósticos y evaluar la profundidad de dicha fisura. Finalmente se decidió realizar la exodoncia. **Conclusiones:** El correcto y temprano diagnóstico posibilita llegar a una resolución de la situación odontológica de manera más rápida y menos traumática para el paciente; el conocimiento profundo de este síndrome es absolutamente necesario ya que es una de las enfermedades prevalentes en la consulta odontológica.

## Introducción

El síndrome del diente fisurado puede ser definido como un plano de fractura de profundidad desconocida que se origina desde la corona, pasa a través de la estructura dentaria, se extiende subgingivalmente y puede progresar hasta conectar el espacio pulpar y/o el ligamento periodontal.

De etiología multifactorial: factores como hábitos parafuncionales, trauma oclusal, inadecuada preparación cavitaria, pérdida de rebordes marginales, concentración del stress por colocación de pins, áreas de fusión incompletas durante el desarrollo dental, colocación de piercings entre otros pueden predisponer al desarrollo de este síndrome.

Tiene una incidencia entre un 34 y un 74%, más frecuente entre individuos de 30-50 años de edad; los dientes más afectados en orden de frecuencia son: molares mandibulares, premolares maxilares, molares maxilares y premolares mandibulares

Se presenta con variedad de signos y síntomas, según la posición y la extensión de la fisura. Historia de molestia en la zona de larga data, puede producirse dolor agudo al morder sobre todo alimentos fibrosos o al consumir bebidas frías. La ausencia de sensibilidad al calor puede ser una característica.

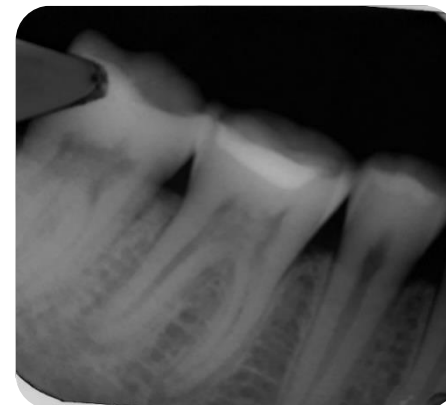
## Descripción del Caso

Paciente masculino de 40 años de edad con antecedentes de bruxismo, portador de una placa miorrelajante concurre a la consulta con dolor de larga data que se agudizaba sobre todo al morder y al consumir alimentos fríos en la pieza dentaria 4.6. Se observa en dicha pieza una restauración de clase 1 mediana sin filtración Se procede a realizar una radiografía periapical donde se observa un ligero ensanchamiento periodontal y numerosos nódulos cálcicos ocupando la totalidad de la cámara pulpar probablemente producto del bruxismo. Se procede a realizar alivio oclusal con papel de articular y piedra de grano fino.

El paciente regresa a la consulta debido a que el dolor con el correr de los días se fue incrementando hasta hacerse muy fuerte, irradiado a la zona posterior del maxilar inferior. Debido a ello y ya que todos los síntomas coincidían con el de una pulpitis cerrada se decide realizar la apertura cameral. Se utiliza para ello una piedra diamantada de endodoncia troncocónica de punta redonda N°15802 (Komet) Posteriormente se rectifican las paredes con fresa endozeta (Maillefer) y se procede a realizar la localización y exploración de los conductos utilizando limas C pilot (Dentsply), lo cual se realiza con mucha dificultad debido a los nódulos cálcicos que ocupaban la cámara pulpar. Con ayuda de puntas de ultrasonido y edtac al 17 % se va intentando removerlos. Se realiza la rectificación del tercio cervical de los conductos utilizando fresas de Gattes N° 3, N° 2 y N° 1 en ese orden. Posteriormente se realiza la conductometría y el pasaje de limas k 15, 20 y 25 hasta la longitud de trabajo con el objetivo de eliminar el contenido pulpar. Se realizan lavajes con hipoclorito de sodio al 2,5 % entre lima y lima y lavaje final con agua destilada. Se realiza desgaste oclusal para que no haya contacto con el diente antagonista. Se coloca hidróxido de calcio diluido con agua destilada estéril en los tres conductos localizados. Al realizar la apertura se observó una fisura en dirección mesio-distal que llega hasta el conducto distal, pero al no poder observar la profundidad de la misma se decide colocar teflón y cavit para esperar la respuesta del paciente.

A los pocos días el paciente regresa con dolor sin haber obtenido nada de alivio, por lo que se le indica una tomografía de haz cónico, con distintos cortes en la pieza dentaria. Pese a ser de muy buena calidad no se pudo observar en ella la profundidad de dicha fisura.

En posterior visita al consultorio se procedió a anestesiarse, aislar la pieza dentaria, retirar el hidróxido de calcio y con abundantes lavajes con agua destilada lavar la pieza y secarla correctamente para ser observada bajo magnificación. Primero se tiñó la fisura con colorante y con lupas de aumento y luz directa se la pudo observar más claramente. Al colocar una sonda en ella se comprobó que uno de los fragmentos ya se había terminado de separar, por lo cual se realizó finalmente la exodoncia.



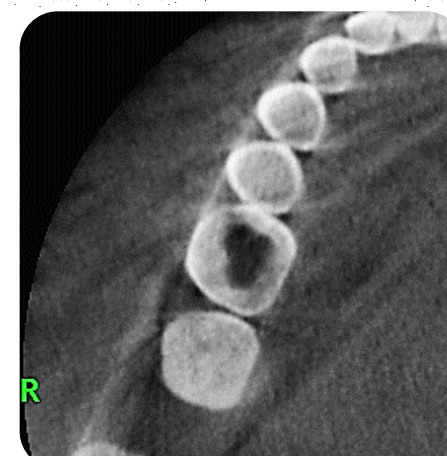
Radiografía preoperatoria de la pieza 4.6



Lupa de aumento con luz directa



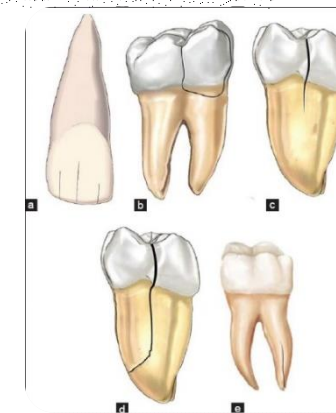
Vista oclusal de la fisura posterior a la apertura



Tomografía de haz cónico en sus tres vistas donde no se puede observar la fisura claramente.



Foto pos exodoncia



Esquema de los diferentes tipos de fisuras

## Conclusiones

El correcto y temprano diagnóstico posibilita llegar a una correcta solución; para ello hay una serie de factores que tenemos que tener en cuenta antes de tomar una decisión terapéutica, entre ellos se consideran factores favorables los siguientes:

Que se trate de un diente vital; que la fractura sea superficial, se mantenga dentro de dentina y sea única; que se pueda realizar el tratamiento endodóntico en una sola visita y que su obturación pueda realizarse con técnicas termoplásticas que no impliquen grandes fuerzas en la condensación; que haya mínima remoción de dentina; que se realice un sellado coronal lo más rápidamente posible; que no haya necesidad de colocación de pernos ni postes; que los factores oclusales sean favorables teniendo como antagonista un diente natural, con presencia de diente en distal, protección cuspea y buena oclusión. En caso que la mayoría de estos factores sean negativos habrá que considerar la exodoncia temprana y futura colocación de implante evitando de esta manera la pérdida ósea y el trauma innecesario al paciente.

## Referencias

1. The management of cracked tooth syndrome in dental practice. British Dental Journal. 2017
2. Cracked tooth diagnosis and treatment: An alternative paradigm. European Journal of Dentistry. 2015.
3. Cracked tooth syndrome: A report of three cases. Journal of Pharmacy & BioAllied Sciences. 2015.
4. Cracked tooth syndrome: Overview of literature. International Journal of Applied Basic Medical Research. 2015
5. The cracked tooth: histopathologic and histobacteriologic aspects. Journal Endod. 2015.